

Werte und Wandel

Ich war jung und stolz und es tat meinem Hochmut wohl, als ich von Hegel erfuhr, daß nicht, wie meine Großmutter meinte, der liebe Gott im Himmel residiert, sondern ich selber hier auf Erden der liebe Gott sei.

Heinrich Heine

Peter Gross

Der liebe Gott auf Erden: Allmacht und Machtlosigkeit ärztlichen Handelns

1 Die Anspruchsspirale

Der Sozialmediziner *Thomas McKeown* benutzt in seiner leidenschaftslosen und klarsichtigen Abhandlung über die Bedeutung der Medizin eine Episode aus *Dostojewskis* Roman „Die Dämonen“, um die gegenwärtige gesundheitspolitische Situation zu kennzeichnen [30, S.236 ff]. Die prominenten Radikalen, die sich im Hause eines Freundes zu einer Diskussion über die revolutionäre Veränderung der Gesellschaft einfinden, interessieren sich leider weniger für die Revolution als für Brantwein und Kartenspiel. Der Gastgeber bittet schließlich verwirrt und verzweifelt um Stellungnahmen und am Ende wird darüber abgestimmt, ob man weitertrinken oder eine solche abgeben soll. *McKeown* bemerkt dazu, daß in der gesundheitspolitischen Diskussion auch Verwirrung, aber alles andere als ein Mangel an Stellungnahmen herrsche.

Das gilt auch für die bundesdeutsche Diskussion. Vor allem herrscht hierzulande kein Mangel an argwöhnischen Stellung-

nahmen und Polemiken, sieht man einmal von professionspolitisch motivierten Gutrednern ab. Seit der Tod wieder, nach Pest und Cholera, nach Pocken und Syphilis mit einer neuen Seuche aufspielt, mit AIDS, erscheinen besorgte Mediziner wieder häufiger in den Medien. Die Polemik ist geradezu schlagartig verstummt. Es ist, als wenn man ihre Arbeit gegen den Tod nicht stören wolle. Denn der Virus ist entdeckt, diagnostiziert und in Tieren, Menschen und Blutkonserven aufspürbar. Aber: Er ist nicht – noch nicht – bekämpfbar. Die Medizin als Heilkunst ist vorerst hilflos. Irgendwann dringt das in das Bewußtsein der Öffentlichkeit, zum Kummer der Mediziner. Aber versagt Medizin wirklich? Oder versagt nicht eher das Leitbild der Medizin? Versagt die Idee von der Sache, der Begriff von Gesundheit, die Vorstellungswelt von Krankheit?

Horst Baier hat kürzlich in einem Aufsatz über die „Idee des Menschen in der Medizin“ bemerkt, daß, wenn man eine Wissenschaft betreibe, man auch eine Idee von der Sache haben müsse, derer man sich annehme [4]. Er fragt: Hat die Medizin als Wissenschaft eine solche Idee, einen klaren und distinkten Begriff von der wichtigsten Sache der Welt, dem ihre Diagnostik und Therapeutik nachgeht? Die Beantwortung dieser Frage muß *Baiers* Meinung nach so unterschiedlich ausfallen, wie eben die Medizin unterschiedlich als Wissenschaft, z.B. als Naturwissenschaft, als Geistes- oder Kulturwissenschaft aufgefaßt worden ist und weiter wird. Wie steht es aber mit der praktischen Medizin und mit den Erwartungen der Patienten? Ist die Frage vielleicht einfacher zu beantworten, wenn man nicht nach der Idee des Menschen in der medizinischen Wissenschaft fragt, sondern in der medizinischen Praxis, wenn man also fragt, was in der medizinischen Behandlung von Patienten täglich, stündlich, sekundlich allüberall dem praktischen Diagnostizieren und Therapieren als Idee des Menschen vorausliegt? Und ist es nicht auch nützlich zu fragen, was man als Klient, als potentieller Patient, als Patient für eine Idee von sich selber hat, wenn man die medizinische Praxis betritt, und was man für eine Idee hat, wie man diese verlassen möchte, kurz: Was man vom Mediziner erwartet? Und ist es schließlich nicht lohnend,

diese Frage selbstreflexiv zu wenden, also sich selber zu fragen, was man denn für eine Idee von der Sache habe, mit der man sich beschäftigt, also zu fragen, was die eigene Idee sei, die man nun gewissermaßen in der medizinischen Praxis, im tagtäglichen Tun des Arztes wiederaufzufinden hofft?

Der etwas blasphemische Titel „Der liebe Gott auf Erden“ impliziert diese Idee: daß nämlich die Probleme der westeuropäischen Wohlfahrtsstaaten mit ihrem Gesundheitswesen im Grund kein Steuerungsproblem darstellen, sondern Ausdruck einer von Experten und Laien, Politikern und Bürgern, Gesunden und Kranken gemeinsam geteilten Mentalität sind. Der Titel beinhaltet aber auch das in der medizinischen Praxis und beim Patienten imaginierte Bild vom Menschen. Der Mensch als Ebenbild Gottes! Ewig lebend, vollkommen gesund und von wunderbaren Fähigkeiten, resistent und schmerzlos, mit „schweigenden Organen“ und immerzu strahlender Freundlichkeit, ein zwischen spiritueller Geistigkeit und muskulöser Körperlichkeit schwebender Supermensch. Diese Mentalität, die ein latentes Bedürfnis darstellt, eine typische aber mehr oder minder unbewußte Weise der Orientierung und zwar hinsichtlich des Umgangs mit den drei Grundgefährdungen, welche die Menschen bedrohen, nämlich mit Krankheit, Schmerz und Tod, soll in ihren Ursachen präzisiert und in ihren Folgen für den ärztlichen Testand und das Gesundheitswesen analysiert werden.

2 Die Welt als Stadion

Solange die Bibel nicht nur das am weitesten verbreitete, sondern auch das am häufigsten gelesene und für die Auslegung der Welt und der Geschichte bestimmende Buch war, waren der Mensch und die Natur zumindest im offiziellen Weltbild eine Schöpfung Gottes. Alles ist von und zu Gott, durch Jesus Christus. Das theologische Prinzip, das dieses Schema des Geschichtsprozesses bestimmt, ist die Sünde des Menschen gegen Gottes Willen und die Bereitschaft Gottes, seine gefallene Schöpfung zu erlösen. Löwith schreibt: „In dieser theologischen

Sicht ist der Grundzug der Geschichte eine Bewegung, die von der Entfremdung zur Wiederversöhnung fortschreitet, ein einziger großer Weg um am Ende die Erlösung zu erreichen“ [26, S.169]. Der Weg zum Heil ist – wie wir das noch im Religionsunterricht gelernt haben – ein schmaler Pfad entschlossenen Verzichts; die breite, bequem gepflasterte Hauptstraße führt in die Hölle. Der Mensch ist eine dunkle, gefallene, sündig gewordene Schöpfung, hinausgestoßen aus dem Paradies, verurteilt, sich und anderen seine Auserwähltheit durch ein frommes und liebendes Leben zu zeigen. Krankheiten sind Zeichen des Himmels, die großen Epidemien Züchtigungen für sündiges Leben. Die Vorkehrungen bestanden dementsprechend zu einem wesentlichen Teil aus Beten und Buße tun oder Substituten wie Ablasskaufen und -handeln.

In einer gewaltigen, noch nicht voll abgeschlossenen Anstrengung hat die Aufklärung den Menschen dem göttlichen Plan entzogen und ihn auf sich selber gestellt. Wie die Naturwissenschaft, indem sie von Natur spricht und nicht mehr von Schöpfung, diese Gott aus der Hand genommen hat und sie zum frei verfügbaren Material wissenschaftlicher Forschung und technisch-industrieller Nutzung gemacht hat, haben Mensch und die aufkommende Menschenwissenschaft sich selber Gott aus der Hand genommen und sich als Souverän inthronisiert. Heinrich Heine hat dieser neu eingeschätzten metaphysischen Stellung des Menschen auf seine Weise Ausdruck gegeben: „Ich war jung und stolz“, schreibt er, „und es tat meinem Hochmut wohl, als ich von Hegel erfuhr, daß nicht, wie meine Großmutter meinte, der liebe Gott im Himmel residiert, sondern ich selber hier auf Erden der liebe Gott sei“ [zitiert in 43, S.260]. Seit dieser Zeit richten sich die Jenseitsvorstellungen, Hoffnungen und Ängste nicht mehr auf das Jen- sondern auf das Diesseits. Geschichte und Gesellschaft werden als Produkte des Menschen begriffen. Die Menschen machen ihre Geschichte selbst – ruft Marx triumphierend aus. An die Stelle der Vorsehung tritt der Glaube an die Machbarkeit des Fortschritts und – wie auszuführen sein wird – an die Machbarkeit von Gesundheit. Krankheiten sind von da an kein verunglücktes Weltverhältnis mehr,

nicht ein gottgewollter Anlaß zur Heilsbewährung, keine Strafe des Himmels und auch nicht die Folgen der Sünde, sie sind nun ein Makel ohne Sinn, während Gesundheit zu einem herstellbaren „Gut“ wird.

Die Bibel ist immer noch das Buch, das weltweit die höchste Auflagenzahl hat. Ist es aber vielleicht mehr als nur amüsant, zu erfahren, daß das Guinness-Buch der Rekorde nach der Bibel die höchste Auflagenzahl erfahren hat? Denn die Geschichte der Modernisierung und des Fortschritts nimmt sich aus wie ein riesiges Buch der Rekorde. Fortschritt als Vergrößerung, Steigerung, Ausdehnung, Expansion – diese Philosophie läßt sich an beliebigen Indikatoren ausweisen: am Bruttosozialprodukt, an Alphabetisierungsraten, an der Zahl der Autos und Fernsehapparate, an gebauten Autobahnkilometern, an Rekordern und Spitzenergebnissen, an erreichten Geschwindigkeiten, schwindelnden Höhen, nie geschauten Tiefen. Die westeuropäischen Wohlfahrtsstaaten haben das „Immer mehr“, das „Immer größer“, das „Immer umfassender“, die Zuwächse an Geld, Nahrungsmitteln, Maschinen, Beamten, Betten, Prothesen und falschen Zähnen als Fortschritt ausgelegt. Mitleidig haben Spitzenländer wie die Bundesrepublik Deutschland, mit dem drittgrößten Sozialprodukt pro Kopf und den höchsten Sozialleistungsquoten, auf die anderen, die Schwellen- und Entwicklungsländer herabgeblickt. Stolz haben sie auf dem Gipfel des Fortschritts posiert, und neidisch haben die anderen versucht, die Techniken der Vorhut zu kopieren [vgl.14].

Die sportlich schneidige Philosophie des „Immer mehr“ und „Immer größer“, dieser expansive „Kult des Kolossalen“ ist hinsichtlich der Natur, der Wirtschaft und der Technik immer wieder in Frage gestellt, und in immer neuen kulturkritischen Variationen auf den Büchertischen ausgelegt worden: von *Ferdinand Tönnies*, *Oswald Spengler* oder *Hans Freyer*, dem konservativen Zichvater der Grünen, auch von *Helmuth Röpke*, dem liberalen Protagonisten einer Fahrradgesellschaft, lange vor *Illich* und *Schuhmacher* [ausführlicher dazu 18, S.105-125]. Aber eben nur auf den Büchertischen! Mit der Krise der Arbeitsgesellschaft, den Grenzen des Wachstums, den Umweltbelastungen, dem

Sterben der Wälder, der Ausrottung der Vielfalt der Tiere bei gleichzeitiger Massentierhaltung, der irreversiblen Verschmutzung der Meere, der klimaverändernden Aufheizung der Atmosphäre und der Ozeane durch Immissionen und Dunstglocken und dazu dem Scheitern einer Wachstumspolitik, mit welcher gelegentlich auftretende Krisen durch Einlegen des Vorwärtsganges behoben und Überhitzungserscheinungen durch das Betätigen des Bremspedals unter Kontrolle gebracht werden konnten, hat sich das gewandelt. Das philosophisch reizvolle Untergangsdenken, die metaphysische Melancholie, das katastrophische Bewußtsein, das Kokettieren mit der Apokalypse hat eine dramatische Wendung ins Reale genommen. Mit dem Wald, den Ozeanen, dem Boden und der Atmosphäre ist auch das Fortschrittsdenken und das Geschichtsbewußtsein angegriffen, ja ersetzt worden. Das Rekorddenken hat sich in die Kindermagazine und in den Sport verlagert. Wie wenn er sich schämen würde, tendiert der technische Fortschritt zur Verkleinerung, Minimalisierung. (Zur Miniaturisierung des Fortschritts in Militärstrategien und Waffensystemen – als fiktives Beispiel für das, was uns in allen Lebensbereichen erwartet, vgl. 25). Die Mikrochips und die Bomben werden immer kleiner. Das Fortschrittsdenken ist angeschlagen. Die Fortschrittsutopie soll, so der Münsteraner Philosoph *Horstmann*, sogar in die Katastrophe münden: „Das Ziel der Geschichte – das ist das verwitternde Ruinenfeld. Der Sinn – das ist der durch die Augenhöhlen unter das Schädeldach geblasene, rieselnde Sand“ [23]. Im grellen Blitz der Wasserstoffbombe erfüllt sich ihm eine zugleich fortschrittswütige und todessüchtige abendländische Mentalität.

Vor 50 Jahren hatte *Max Weber* die Frage gestellt, was für eine einzigartige Verkettung von Umständen zur Industrialisierung des Abendlandes geführt und die übrige Welt in einem reißenden Tempo umgestaltet hat. Heute redet man von der abendländischen Abirrung. Das Abendland scheint auf die schiefe Bahn geraten. Man muß den Jungen Mut zur Zukunft machen. Endlos werden Variationen der Apokalypse aufgearbeitet. Die Filmindustrie und die Science-Fiction-Literatur scheinen in ihren Szenarios auf den Tag danach vorzubereiten. Was für eine un-

glückselige Verkettung von Umständen hat zu dieser Entwicklung geführt, wird heute gefragt. Ist es der christliche Anthropozentrismus, die Anschauung von der absoluten Vormachtstellung des Menschen gegenüber der Natur? Hat die sogenannte Aufklärung die christlichen Jenseitsvorstellungen ins Diesseits gewendet und ins Wahnsinnige wachsen lassen? Die Mammuts sollen, weil ihre Stoßzähne zu groß wurden und überkreuz wuchsen, zu einem langsamen Hungertod verurteilt gewesen sein. Es blüht die Literatur über sanfte Systeme und kleine Netzwerke: „Small ist beautiful“ [vgl. 29]. Die prächtigen Spiegel einer wachstumsträchtigen Gegenwart, die *Fourastié, Kahn, Bell* ins kommende Jahrtausend gestellt haben, erscheinen blind, zumindest trauerumflort [vgl. 16]. Die forsch-positive Haltung die einem aus Politiker- und Managerrunden noch entgegenstrahlt, ist heimlich angeschlagen.

Mehr oder minder ungebrochen ist dieses Denken indes noch in der Deutung der Bildungseinrichtungen, vor allem aber der Systeme sozialer Sicherheit. Entwicklung und Fortschritt werden hier nach wie vor ausgewiesen an wachsenden Geschäftstätigkeiten, zunehmenden Personalbeständen, Studentenzahlen, Arztdichten und Bettenzahlen, abgesetzten Brillen, eingesetzten Prothesen, Schuheinlagen, Transplantationen, Operationen. Das Säurebad, welches das Fortschrittsdenken und das Geschichtsbewußtsein zersetzt hat, ist insbesondere folgenlos geblieben für jene Berufe, die man bildende und helfende Professionen nennt. Das Unbehagen hat sich zwar an Akademikern und vor allem an den medizinischen Berufen, den sicht- und greifbaren Exponenten des modernen Wohlfahrtsstaates – man denke an die SPIEGEL-Reports und Illichismen – in einem besonderen Maße gebündelt. Die Kritik nimmt sich aber bei näherem Zusehen aus wie die verschwommen hörbare Begleitmusik einer ungebremst fortlaufenden Entwicklung. Ungerührt drängen Menschen in die Berufe des Bildungs- und Gesundheitswesens, eifrig streben neue Berufe nach oben, unverdrossen lehren die Akademien, Hochschulen, Universitäten neue Techniken des Bildens und Helfens. Woher rührt die Ausnahmesituation der Medizin und ihrer Berufe? *Luhmann* hat das Gesund-

heitswesen am Prinzip des Heuschreckenfluges erläutert [27]. Heuschrecken fliegen mit einer Art Selbstantrieb. Luftbewegungen setzen eine Flügelbewegung in Gang, die ihrerseits wieder Luftbewegung erzeugt. Die Heuschrecke sorgt auf diese Weise selbst für den Antrieb. Erst der Mangel an Glukose zwingt sie zum Halt. Zumindest erfordert der Selbstantrieb Luft und Glukose bzw. Nahrung. Da die Nahrung, also die Finanzierung ein immer größeres Problem wird, bleibt die Luft. Was für ein Fluidum ermöglicht die ungebrochene Dynamik dieses Systems?

3 Der veraltete Mensch

Es scheint fast so, als hätte sich die von den ungewollten Folgen der Ausbeutung der Natur und den vom Fortschrittsdenken ausgelösten Sachgesetzmäßigkeiten überrumpelte Machbarkeitsmentalität auf jenen Bereich zurückgezogen, wo sowohl unendliche Potentiale zu liegen scheinen, als auch übereinstimmend gefordert und verlangt werden: im Bereich von Gesundheit und Krankheit, zumal sich die „Machbarkeit“ der Gesellschaft, die sich konsequenterweise aus den aufklärerischen Ideen ergab, als nicht so einfach erwiesen hat. Gesellschaftstheoretiker, Planer und Politiker stehen bekanntlich immer noch vor der Gesellschaft wie der Autofahrer vor seinem Fahrzeug, das nicht mehr läuft und dessen Reparaturwerkstätte sich in unerreichbarer Ferne befindet: nämlich ratlos. Der Marxismus und seine – wie es *Tenbruck* nahelegt [44] – US-amerikanische Variante einer naiv-erfahrungswissenschaftlichen Soziologie, die in der Tat beide die latente Grundüberzeugung vom Menschen als einem Produkt der Gesellschaft gemein haben und deshalb durch die Veränderung und Steuerung der äußeren Daseinsumstände wirksam werden wollen, sind zwar als Weltbilder weiterhin ungemein wirksam, ihre Umsetzung bleibt freilich höchst problematisch. Schon vor der Steuerung einfacher gesellschaftlicher Subsysteme, wie etwa den nationalen Ökonomien, versagen die Instrumente der Volkswirtschaftler.

Aber grenzenlose Möglichkeiten scheinen sich in gesundheitlicher Hinsicht zu eröffnen. Nichts kann nicht verbessert, ver-

stärkt, verschönert werden. *Günther Anders* hat vor zwanzig Jahren die Antiquiertheit des Menschen im Umfeld einer immer technischer, gleißender und perfekter werdenden Kunstwelt aus seriell hergestellten Industrieprodukten herausgestellt [1]. Er schämt sich gleichsam seiner Anfälligkeit, seiner Verderblichkeit, seiner unperfekten und gegenüber den Geräten unappetitlichen Leiblichkeit. *Anders* hat der erzwungenen Automatisierung des Menschen in den industriellen Arbeitsvollzügen (wie sie *Chaplin* in seinen ruckartigen und gleichsam in die privaten Lebensbereiche hinein weitersurrenden Bewegungsvollzügen so unvergeßlich veranschaulicht hat) die willentliche Selbstautomatisierung gegenübergestellt, wo der beschämte Mensch „aktiv seine eigene Passivierung in die Hand nehme und durchführe“ [1, S. 90]. Heute versuchen die Slum-Jugendlichen im breakdance zu zeigen, daß sie die besten Roboter aller Zeiten sind und der amerikanische Regisseur *James Cameron* läßt die Roboter von Menschen spielen, weil er noch „nie einen guten Roboter in voller Aktion gesehen habe“. Die Medien umgaukeln einen mit ebenmäßigen, hüpfenden, fröhlichen und schönen Menschen, mit was man natürlich nicht sieht und beim Sehen vergißt – hergerichteten Modellen des wirklichen Menschen. Die Medien leben großteils von einem androiden Gesundheitsbegriff, verkörpere sich dieser nun in der dumpfen Starre eines Rambo, dem weder die feisten Sheriffs noch vietnamesische Folterer etwas anhaben können, im vollverkabelten und unverwundbaren „Terminator“ des *Arnold Schwarzenegger*, in der Unaufhaltsamkeit der Stuntmen, in der androgynen Entrücktheit der elfengleich, triebbefreiten, träumerisch-unberührbaren, nazarenischen Künstlichkeit der Stars der Science-Fiction-Filme [dazu aus unterschiedlicher Sicht 36 und 46]. Selbst das Bild des Behinderten, der im Rollstuhl die Welt umfahren hat, zehrt von dieser über- oder unmenschlichen Zähigkeit und Resistenz. Das Bewußtsein der Antiquiertheit, die „prometheische Scham“, wie sie *Anders* nennt, und die ingenüösen Möglichkeiten der modernen Technologie haben selbst den alten Traum neu beflügelt, das komplett neu zu schaffen, was bislang allein Gott vorbehalten schien, den Menschen ohne Fehl und Tadel.

Gewiß, dieser Traum betrifft zunächst das Äußere und die Funktionen. Die Maschinengeschöpfe der Romantik aus Eisen, Leder und Porzellan, die wir heute mit einer Mischung von Faszination und Grausen beargwöhnen, die in der Literatur beschriebenen, in Retorten erzeugten Homunculi und die aus Lehm gekneteten Golems sind schon von der Wirklichkeit eingeholt worden. Heute sind Retortenbaby und Menschen mit Kunstherzen und Kunstgliedern Wirklichkeit. In Salt Lake City baut die Firma „Symbion Incorporation“ einen Markt für elektronische Körperteile auf und hofft, 30 Prozent des „Ohrengeschäfts“ in Europa abzuwickeln [8]. Die Biotechnologie ersetzt ausfallende Funktionen, defekte und unschöne Organe durch biologische oder technische Substitute. Es gibt Prothesen, die zeitweise das Herz, die Lungen, den Kehlkopf ersetzen, es gibt synthetische Blutgefäße, Därme, Knochen, es gibt Rippenfellersatz und Gelenkoberflächen aus Teflon. Man plant Handprothesen, die unmittelbar durch die Nervenströme der Muskelstümpfe des Schultergürtels bewegt werden können. Die Kraft der Muskelkontraktionen läßt sich bedeutend verstärken, wenn man zwischen Nerv und Muskel einen elektronischen Impulsverstärker einsetzt. Russische Wissenschaftler haben einen Apparat konstruiert, der die Reaktionszeit des Menschen erheblich kürzt. Bald ist der Tennisspieler Wirklichkeit, der durch entsprechende Geräte in der Lage ist, ohne Fehler seinen ersten Aufschlag mit 100%iger Sicherheit anzubringen und mit einer gewaltigen Vor- und Rückhand trainierte aber nicht verstärkte Gegner auszuschalten. Kann man in der Zahnchirurgie nicht Prothesen herstellen, die für immer in die Kieferknochen eingesetzt werden und deren Zahnteile aus den härtesten Materialien bestehen, wie sie der Organismus nicht hervorbringt und die praktisch unzerstörbar sind? Über Jahrtausende ist der Boden angereichert worden mit Teilen, Scherben, Geräten. Danach hat man die Kulturen beurteilt. Werden die kommenden Jahrtausende unsere Böden nach den gefundenen Prothesen beurteilen? Ist es nicht denkbar, daß die Idee Furore macht, das Verdauungssystem abzuschaffen durch neue Formen der Ernährung, wodurch Kiefer, Kiefermuskel und Zähne überhaupt überflüssig werden? Es ist keine Häresie mehr, sich über das Komponieren von Men-

schen Gedanken zu machen, die alles Edle und Schöne vereinen und sich alles Anfalligen entledigt haben. Gesundheit ist ein Wert ohne Maß geworden. Er fungiert außerhalb aller ideologischen Meinungen, er begrenzt alle anderen Ansprüche.

Entsprechend zur Verengung des Gesundheitsbegriffs hat sich der Krankheitsbegriff gedehnt und gewandelt. Letzthin ist gemeldet worden, daß die Schweiz nun in punkto Ärztedichte die Bundesrepublik Deutschland eingeholt habe. Was im common sense und gesundheitspolitisch zweifellos als Erfolg gilt, ist indes bei etwas veränderter Perspektive alles andere. Die Vermehrung der Zahl der Ärzte ist nämlich entweder eine sinnlose Aufblähung eines Berufsstandes oder sie ist notwendig und wohlbegründet durch die Annahme, daß die bisherige Zahl von Ärzten nicht genüge, eine angemessene gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten. Im letzteren Fall wird aus der Erfolgsmeldung unversehens eine Hiobsbotschaft. Das lichte Bild einer Gesellschaft, wo im besten Fall jeder jedermanns Krankenpfleger ist und auf jeden Einwohner ein Arzt kommt, verdunkelt sich. Eine solche Gesellschaft ist in den letzten Jahrzehnten häufig erträumt worden von den Theoretikern der Dienstleistungsgesellschaft, von *Fourastié*, *Daniel Bell*, von *Gartner* und *Riessman*, von *Kahn* und *Naisbitt* [14]. Ihre Theorien sind, wenn man so will, angebotsorientiert. Sie gehen von der Höherwertigkeit personenbezogener Dienstleistungstätigkeiten gegenüber den überkommenen Tätigkeiten in Landwirtschaft und in der Sachgüterproduktion aus; sie begrüßen somit deren Zunahme. Sie müssen allerdings eine Nachfrage nach diesen Tätigkeiten voraussetzen. Eine solche zusätzliche Nachfrage nach Gesundheitsgütern hat indes jene schon genannte Kehrseite. Nicht nur der Gesundheitsbegriff, auch der Krankheitsbegriff ist explodiert. Auch das läßt sich beliebig ausweisen [14, S. 110-124 und 17]. Wenn man die Gesundheit des Menschen an Apparaten mißt, hat nichts und niemand eine Chance. „Der Bedarf an Transplantationen, an chirurgischen Operationen, an Prothesen ist unerschöpflich. Es geht dabei gewiß nicht mehr nur um Krankheiten im Sinne von Arbeitsunfähigkeit“ [39]. Mit dem Abklingen des protestantischen Ethos, der sinkenden Erwerbsquote und der

sinkenden Arbeitszeit nehmen die Freizeitwerte zu. Die professionelle und die Laienaufmerksamkeit organisieren sich nicht mehr nur um die Frage der Erwerbsfähigkeit, sondern auch um die Frage der Freizeitfähigkeit. Wer besteht die Freizeit, wenn er leidet? Wer ist im organisierten Partywesen „funktionstüchtig“, wenn er seelische Probleme hat, oder abstehende Ohren oder Potenzschwierigkeiten? Ist es nicht nur eine Frage der Zeit, bis man den Menschen die Ohrenstellungen oder Nasenformen korrigiert? Wer an seiner sich lichtenden Haartracht leidet, erhält doch unterdessen sein Kassentoupet!

Aber das ist erst der Anfang. Der Krankheitsbegriff macht vor nichts halt. Nachdem das Außen vermessen ist, schreitet man zum Innen. Liegen nicht ungeheure Potentiale für die Medizin in der Propagierung von Funktionswerten mit kleinen Spielräumen in bezug auf Gewicht, Größe, Atemfrequenz? Und wenn das Innen verglichen ist, kommen die Erkundungen im psychischen und psycho-sozialen Bereich. Da, wo nun die Psychologen, Psychiater, Soziater, Psychoanalytiker und Sozialarbeiter mittun, gibt es kein Halten mehr. Die Beispiele wären erheiternd, wenn der Hintergrund nicht ernst wäre. Vor einiger Zeit ist ein Fernsehfilm ausgestrahlt worden mit dem Titel „Frauen, die Männer waren“ (Film von *L. Jochimsen* und *L.M. Böhner*, ARD, 23.9.1984, 23.20 Uhr). Darin ist das Leiden am Mann-Sein als eine mittels operativer Technik zu behebende Krankheit dargestellt. Wieviele müssen operativ behandelt werden? Und die Frauen, die am Frau-Sein leiden? Was ist mit den Männern, die es beim Gedanken nicht aushalten, daß sie nicht daran leiden, daß sie Männer sind? Ärztewitze persiflieren diesen Zustand: Ich fühle mich so wohl, ich glaube ich bin krank, sagt der moderne Hypochonder. Der eingebildete Kranke von *Molière* hat sich seine Krankheiten eingebildet. Heute bildet man sich Gesundheit ein.

Man könnte endlos weiterfahren und die Pathogenität der modernen Gesellschaft ausweisen. Das gilt genauso für die krankmachenden Faktoren. Nichts mehr, was nicht krank machen würde! Keine moderne Errungenschaft, die nicht zum krankmachenden Faktor stilisiert worden wäre. Arbeit und Frei-

zeit, Muße und Stress werden in wechselnden Konstellationen als Ursachen aufgespürt. Beispielhaft die Risikofaktorenkonzepte hinsichtlich der Herzkrankheiten: vor zehn Jahren waren es fünf, heute sind es bald dreihundert und die zuletzt entdeckten ähneln wieder jenen, die Großmutter schon vor fünfzig Jahren gekannt hat, z. B. daß die Beziehungen in der Familie einen großen Einfluß auf die Entstehung von Herzleiden haben können. Auch alle Verhaltensweisen geraten gleichsam im Rotationsprinzip in den Ursachenkreis hinein. Nachdem übermäßiges Rauchen, Essen und Trinken erfaßt sind, folgen die normalen Verhaltensweisen. Schon kann man zuviel oder zuwenig reden, schlafen, schweigen, schnarchen, und schon steht eine erneute Umwertung der Werte bevor. Kürzlich ist über Forschungen berichtet worden, bei denen die Vorteile des Rauchens herausgearbeitet werden. Immer öfter hört man, daß dauernd risikovermeidendes Verhalten krank mache und nicht umgekehrt, ein Glas Wein sei besser als keines, etc. Dementsprechend werden Rezepte, Verhaltensmaßregeln, Heilmittel, Arzneien dauernd überholt, einige plötzlich mit Stillschweigen bedacht und andere dafür nachgeschoben.

Wenn nach einer zur Ehrenrettung des Laiensystems geradezu hartnäckig wiederholten Studie mehr als zwei Drittel aller Krankheiten im Laiensystem verbleiben und dort mehr schlecht als recht kuriert werden, so bestätigt das lediglich, daß die Welt zu einem Krankenhaus geworden ist, allerdings zu einem schlecht gerüsteten [10]. Das Interesse an Gesundheit war nie so groß, aber die Dehnung des Krankheitsbegriffes bringt mit sich, daß das Wissen um das Gesundsein und Gesundbleiben noch nie so stumpf, so ungewiß war. Man weiß, daß man eigentlich nicht weiß, ob man gesund ist. Das mag philosophisch erstrebenswert sein, für den persönlichen Lebensstil freilich ist es verheerend. Trifft dieses Unwissen, diese geheime, aus der Dehnung des Krankheitsbegriffes herrührende Angst mit diesem Wert ohne Maß, wie ihn Gesundheit darstellt, zusammen, so haben wir die immer wieder beklagte unendliche Dynamik der Ansprüche; Ansprüche, die nun freilich, wie zu zeigen sein wird, höchst gebrochen professionell aufgenommen und befriedigt werden.

Die Dehnung des Krankheitsbegriffs hat überdies eine unbeabsichtigte, aber folgenschwere Nebenwirkung gezeitigt. Jede Gesellschaft definiert sich unter anderem über die Zuschreibung von Verantwortung für das Tun und Lassen ihrer Glieder. Werden die Grenzen hier unscharf, gerät die Grundstruktur der Gesellschaft in Gefahr. Die Dehnung des Krankheitsbegriffs hat die Grenze zwischen kriminell und krank, zwischen Morbidität und Kriminalität durchlöchert. Mitgeholfen haben die modernen Gesellschaftswissenschaften. Es war zwar möglicherweise die historische Funktion der Soziologie, nach der in der Aufklärung erfolgten gnadenlosen Freisetzung des einzelnen aus transzendentalen Abhängigkeiten, den einzelnen wieder einzubetten, einzuspinnen, als Resultante der Verhältnisse auszuweisen und ihn damit auch zu entlasten.

Dieses Bewußtsein hat die moderne Gesellschaftswissenschaft immer weiter in die Tiefe getrieben: Verhältnisse, Umstände, Milieu, Schicht, Biographie, das ist eine bekannte Spirale. Aber damit wird der einzelne auch immer aufs neue dispensiert, in seinen Ansprüchen und Erwartungen auf andere verwiesen. Die Gesellschaft ist der „lange Schatten des toten Gottes“, so hat es *Nietzsche* formuliert [3], dem einzelnen wird die Absolution „im Namen der Gesellschaft“ unaufhörlich ins Ohr gemurmelt. Ausweisen läßt sich dieses Denken in allen Bereichen der Gesellschaft, besonders drastisch aber im Feld von normal-pathologisch, von gesund-krank. In den Zeitungen wurde uns kürzlich der Fall eines Mörders nahegebracht, der auf gräßlichste Weise drei Frauen gequält und getötet hat. Natürlich war er krank, denn in den höheren Etagen gerichtlicher Verhandlungen und mit den entsprechenden Anwälten und Gutachtern wird die für jede Gesellschaft konstitutive Grenze zwischen Krankheit und Kriminalität mit Bewilligung der Gesellschaft eingenebelt. Im Vorwort zum eindrucklichen Buch von *Fritz Mertens* „Ich wollte lieben und lernte hassen“, in dem ein Doppelmörder sein Schuldbekenntnis protokolliert, erklärt der Jugendpsychiater die Gesellschaft schuldig und den Täter für krank. Er schreibt: „Eines ist mir deutlich geworden: es ist nicht unser Verdienst, wenn wir nicht straffällig werden, wenn wir in

unserem Leben niemals durch unsere Schuld töten..." [31, S.10]. Nichts ist unser Verdienst und wir sind alle schuldig – aber nicht durch eigene Schuld. Kranksein hieß immer, daß einem etwas zugestoßen sei, das man nicht will und für das man nichts kann. Sobald jedes Tun und jedes Lassen aus der Selbstverantwortung entlassen und einer neuen Schicksalsmacht, diesmal in Form gesellschaftlicher oder biographischer Umstände, ausgeliefert wird, läßt es sich leicht ins Krankhafte und Kranke wenden. In immer neuen Formationen türmen sich Krankheiten auf und bündeln sich in immer neuen Ansprüchen an die Gesellschaft, weil der einzelne ja aus der Verantwortung für die Ursachen entlassen ist. Was für den kranken Wald gilt, soll auch für das Herz, die Zähne, die Depressionen, die Stimmungen gelten.

4 Die Heilkrise der Medizin

Es bedarf keiner besonderen Intelligenz, aus dem Gesagten den Schluß zu ziehen, daß damit das Heilen selbst in eine Krise gerät. Das großartige Prestige der medizinischen Berufe, insbesondere des Arztberufes, rührt aus deren Fähigkeit zu helfen. Es sind Heilberufe. Die historisch einmalige, sonst nur den Priestern vorbehaltene Verfügungsmacht der helfenden Berufe (der Arzt als „Herr über Leben und Tod“) über Leib und Seele ihrer Patienten, ist indes nur denkbar unter der Annahme, alle Eingriffe seien notwendig, um von den Krankheiten zu befreien, eben um zu heilen. In bezug auf die sogenannten Zivilisationskrankheiten (gegen 50% der Todesfälle in der Bundesrepublik Deutschland sind nach der Mortalitätsstatistik auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen, gefolgt von Krebserkrankungen (22%); Infektionskrankheiten machen weniger als 2% der Todesfälle aus! [7],) ist nun freilich das therapeutische Wissen im Begriffe zu schwinden. Während das diagnostische Wissen sich auch in bezug auf die Zivilisationskrankheiten ins Unermeßliche verfeinert und differenziert hat (man nehme die neuesten Entwicklungen in der Computer- und Kernspin-Tomographie oder die elektrophysiologischen Untersuchungsmetho-

den), hat sich das therapeutische Wissen gleichsam zusammengezogen. Das Schlagwort vom diagnostischen Wasserkopf und vom therapeutischen Zwergwuchs ist hier bittere Realität. Die Exaktheit der Diagnose in diesem Bereich hat, schreibt *Peter Noll* in seinem Tagebuch „Diktate über Sterben und Tod“, verglichen mit der Ungewißheit des therapeutischen Erfolges etwas Absurdes: „Wie ein Film im Zeitlupentempo einen Autounfall oder einen Flugzeugabsturz darstellt. Man sieht alles ganz genau, aber man kann nichts dagegen machen..." [32, S.45]. Die medizinischen Professionen können immer genauer sagen, was man hat. Was man aber dagegen tun kann und woher die Krankheiten rühren, das wird immer ungewisser.

An eine neue, unvermutete Grenze ist vor wenigen Jahren allerdings auch die medizinische Infektionsforschung und -bekämpfung gestoßen; gerade als es den Anschein hatte, als seien die Menschheitsgeißeln infektiöser Epidemien 'unter Kontrolle' und damit gebrochen, begann sich eine bislang unbekannte, bis heute prinzipiell mit tödlichen Konsequenzen behaftete Krankheit zunächst diskret, inzwischen mit pandemischen Raten auszubreiten; jene virusbedingte Abwehrschwäche des menschlichen Immunsystems, bekannt als AIDS. Gegen diese ansteckende Schwächung des menschlichen Organismus, deren Erreger unterdessen ihrer Herkunft, ihrer genetischen Struktur und ihrer biochemischen Wirkungsweise nach als bekannt gelten, lernen wir derzeit zwar das Ansteckungsrisiko mindernde praktische Vorsichtsmaßnahmen, medizinische Vorbeugungsmittel allerdings sind noch kaum in Sicht. Mit einer zielgerichteten Behandlung oder gar einer Heilung von AIDS-Kranken ist vorläufig noch weniger zu rechnen. AIDS erweist sich aber nicht nur als vorderhand unlösbares Problem der medizinischen Experten, AIDS dürfte, wenn nicht alsbald doch erfolgreiche Mittel dagegen bereitgestellt werden können, auch zu einem gravierenden soziokulturellen Problem werden: Die Furcht vor AIDS mobilisiert bei immer mehr Menschen in unseren medizinisch anscheinend so perfekt versorgten modernen Gesellschaften hysterische Ansteckungs- und archaische Todesängste, die sich gegenüber der realen Gefährdung zunehmend zu verselb-

ständigen und unseren Alltag, unsere Gewohnheiten, unseren gesamten Lebensstil zu verändern drohen [18a]. Schon immer ist den Menschen als naheliegendste Reaktion auf Epidemien, wenn nicht die physische Vernichtung der Kranken, dann doch die Flucht erschienen [41]. Vor dem utopischen Schreckensgemälde barbarischer Möglichkeiten (die mit Zwangsisolationen und Massendemonstrationen beginnen) könnte deshalb die Umkehrung des aktuellen freizeitkulturellen Trends zur Geselligkeit 'weg von den eigenen vier Wänden' in den fluchtartigen Rückzug genau dorthin noch zu den harmloseren potentiellen Erscheinungen zählen [33]. Aber diese Lücke zwischen Diagnose und Therapie hat es auch schon in bezug auf andere Infektionskrankheiten gegeben, z.B. nahm die Entwicklung eines Impfstoffes gegen Hepatitis siebzehn Jahre in Anspruch. Somit könnte eine neue 'Faustregel' Gültigkeit bekommen: je differenzierter und komplexer die Krankheitsbilder werden, die die modernen diagnostischen Apparaturen immer frühzeitiger zu erfassen imstande sind, desto größer das 'time-lag' zwischen Diagnose und Therapie. Wenn ein Pharmaforscher zu bedenken gibt, daß „von den bekannten Krankheiten... erst ein Drittel medikamentös wirksam zu behandeln (ist), und nur knapp zehn Prozent... wirklich heilbar (sind)“ [9], so mag das als Ansporn für die PharmaIndustrie wirksam sein. Aber auch hier: Je präziser die Arbeit im diagnostischen Sektor, desto größer die „technologische Lücke“ zwischen Diagnose und Therapie.

Das Morbiditäts- und Mortalitätsspektrum hat sich in modernen Industrie-Gesellschaften in den letzten hundert Jahren erheblich verändert. Die Statistiken zeigen einen Rückgang der Infektionskrankheiten und eine Zunahme tödlich verlaufender Krebs-, Herz- und Kreislauferkrankungen. Das ist wohlvertraut; ebenso, daß das eine Phänomen das andere zum Teil bedingt: Personen, die in frühem Alter an Infektionen sterben, haben nicht mehr die „Chance“ einem Carzinom oder einem Apoplex in ihren späteren Lebensjahren zu erliegen [11]. Mit anderen Worten: Die Verlängerung der Lebenserwartung muß zwangsläufig zu einem veränderten Mortalitätsspektrum führen. Also ist auch hier die Lücke zwischen Diagnose und Therapie prinzi-

pieller und nicht praktischer Natur. Bei den chronisch degenerativen Leiden liegen häufig keine akuten Funktionsstörungen vor, sondern degenerative Prozesse, die höchstens zu verlangsamen, aber nicht umzukehren sind. Anders als bei den Infektionskrankheiten sind bezüglich der Herz- und Kreislauferkrankungen und auch für Krebs die Ursachen nicht genau bekannt, nicht auf einen Erreger beschränkbar. Ihre multifaktorielle Verursachung verhindert eine gezielte Therapie. Die Flut von therapeutischen Erkenntnissen und immer neuen Risikofaktoren führt zu einer Art Informationskollaps – besonders dann, wenn neue Erkenntnisse alten widersprechen. Es ist auch keineswegs erwiesen, daß die Früherkennung hilfreich für die Therapie ist. So zeigt sich ein deutlicher Mortitätsanstieg auch bei jenen Krebsarten, deren Früherkennungsuntersuchung seit 1971 zu den Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen gehören: Mamma-Carcinom, Cervix-Carcinom und Prostata-Carcinom. Zumindest an Mortitätsraten läßt sich die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen nicht nachweisen. Die Frage ist, ob das an der Unfolgsamkeit der Patienten liegt oder daran, daß eine feinere und umfassendere Diagnostik erst jene Krankheiten ans Licht bringt, deren Therapie entsprechend schwierig ist. Erweist sich der medizinische Fortschritt also insgesamt als diagnostische Einbahnstraße? Werden die Identifikationssysteme von Krankheiten auf Kosten der Bewältigungssysteme entwickelt? Oder gibt es eben jenen prinzipiellen Zusammenhang der Art, daß die Präzision und die Komplexität der Identifikationssysteme zu einem immer eklatanteren, sozusagen 'automatischen' Nachhinken der Bewältigungssysteme von Krankheiten führt?

Wie steht es nun mit der bürokratischen Einflußnahme auf diese Entwicklung? Wird nicht generell eine hohe diagnostische Sensibilität gefragt? Hat ein Arzt nicht grundsätzlich 'bessere' (d.h. intersubjektiv befriedigendere) Entschuldigungen für therapeutisches als für diagnostisches Mißlingen? Welches ärztliche Tun – das diagnostische oder das therapeutische – ist denn leichter überprüfbar? Was kann im nachhinein klarer als Versäumnis ausgelegt werden: eine falsche oder unvollständige Diagnostik oder eine nicht gelingende Therapie? Und wie ver-

hält es sich mit den Kosten? Sind die therapeutischen Maßnahmen nicht prinzipiell aufwendiger und teurer, vor allem bezüglich operativer Eingriffe? Eine Herztransplantation kostet die Kasse in den USA 60.000 \$ (in Stanford). Heute werden in den USA einige Hundert Transplantationen jährlich vorgenommen. Erzwingen also die Kosten auch den Vorrang der Diagnostik? Daß die Diagnose gelingt, die Therapie versagt, liegt gewiß auch in der Natur dieser Leiden und nicht nur an den genannten Faktoren, die zu getrennten diagnostischen und therapeutischen Verläufen führen. Die in der Mortalitäts- und in der Morbiditätsstatistik dominierenden Herz- und Kreislauferkrankungen sind prototypisch für diese Situation, häufig nicht eigentlich heilbar, in ihrem Verlauf bestenfalls zu stoppen, multifaktorell verursacht. Beispielhaft auch die Diagnostik bei Krebs: Mit der Kernspin-Tomographie gelingt es, tiefsitzende Hirntumore exakt zu lokalisieren, aber sie sind in der Regel inoperabel. Die bei den „alten“ Krankheiten unproblematisch gegebene Komplementarität von Diagnose und Therapie zerbricht. Die Benennung der Krankheit schiebt sich in den Vorder-, die Verständigung über Therapie in den Hintergrund. Früher hieß es: keine Therapie ohne Diagnose. Heute heißt es häufig: keine Therapie trotz Diagnose - eigentlich: keine Therapie im professionellen Sinne! Während sich die Diagnostik ins Unendliche raffiniert, schließt sich die Therapie den alltagspraktischen Rezepten an, mündet in die einfache Empirie des Alltags, wird vielsilbiger Ausdruck uralter Wahrheiten und Halbwahrheiten etwa von der Art: Man solle ein gesundes und ordentliches Leben führen und gelegentlich über sich und seine Mitmenschen nachdenken. Das geschieht im Gleichschritt mit der Vielfältigkeit der Entstehungszusammenhänge, welche in den sozialepidemiologischen Untersuchungen immer unspezifischer und trivialer werden. In einer eigentümlichen Gegenbewegung zur immer wieder beklagten Verwissenschaftlichung alltagspraktischen Denkens schmiegt sich hier therapeutisches Wissen immer enger dem an, was die Großmutter schon immer gesagt hat.

Nicht nur das Verhältnis von Diagnose und Therapie ist historisch variabel, sondern auch das von professioneller und Laien-

medizin bzw. Selbsthilfegruppen. Die Professionen blühen gleichsam diagnostisch auf. Die therapeutischen Belange hingegen werden in die alltägliche Lebenswelt gekippt, in der Laien und Selbsthilfegruppen nun zusehen sollen, wie sie mit den diagnostizierten Krankheiten fertig werden. Diese neuartige Arbeitsteilung zwischen einer professionellen diagnostischen Kultur und einer nichtprofessionellen therapeutischen hat natürlich einschneidende Folgen für die helfenden Professionen. Es ist wie mit einer Philosophie, die nur mehr Fragen stellt, aber keine Antworten mehr auf elementare Lebensprobleme anzubieten hat. Durch die Reduktion der Medizin auf die Diagnostik geben die Ärzte das aus der Hand, was ihr Tun, ihr Prestige und ihren Entgelt bislang legitimiert hat.

5 Ehrliche Ganzheitlichkeit

Der Mensch als Ebenbild Gottes! Das ist die Kurzfassung der von Experten und Laien, von Gesunden und Kranken, von Politikern und Bürgern geteilten Mentalität. Diese Mentalität ist nach wie vor modern.

Sie hat vor allem zur Kostenexplosion geführt, zum unendlichen Bedarf an medizinischen Dienstleistungen und hat die Stellung des Arztes in der modernen Gesellschaft selber erschüttert. Was ist zu tun? Läßt sich eine Lösung finden, die Legitimations- und Kostenprobleme löst und auch die Nöte der Kranken nicht vergißt? Die Therapie ist auch in diesem Fall schwieriger als die Diagnose. Man greift in ein Wespennest, in dem schon viele Hände schmerzhaft gestochen wurden. Denn das gängige Verlangen nach ganzheitlicher Medizin, ganzheitlicher Indikation, das Eintauchen aller Nöte, Probleme und Schwierigkeiten in die Meere der Krankheit, das Wegdefinieren der Grenze zwischen krank und kriminell, der Abbau der Eigenverantwortlichkeit zugunsten kompensatorischer staatlicher Politik, all diese Optionen sind Indikatoren einer macht-seligen Mentalität.

Gewiß ist die ganzheitliche Medizin als ein Protest gegen eine somatisch orientierte und in aufwendiger Technik ihr Heil sehenden Medizin konzipiert. Bei genauerem Zusehen wurde damit aber keineswegs die diagnostische Seite „getroffen“ – die apparative Diagnostik bleibt in allen ihren Spitzenleistungen unverzichtbar in der Praxis auch des ganzheitlich orientierten Arztes –, sondern lediglich die gegenüber dem diagnostischen Wissen abfallende und sich der einfachen Empirie des Alltags anschmiegende therapeutische Vagheit in das sanfte Licht ganzheitlicher Orientierung getaucht. Niemand weiß so recht, was unter der Forderung zu verstehen sei, „alles“ zu berücksichtigen, aber alle wissen, daß sie für die Zivilisationskrankheiten, die in der Tat ganzheitlich verursacht sind und ganzheitlich angegangen werden müssen, unabdingbar ist. Offen bleibt allerdings, ob die „ganzheitliche“ Orientierung mehr als eine bombastische Umschreibung der selbstverständlichen, vom Common sense geteilten Annahme ist, daß alles irgendwie mit allem zusammenhängt und daß man deshalb alles zu berücksichtigen habe? Wahrscheinlich war das auch beim anachronistisch, naturwissenschaftlich-somatisch orientierten Arzt nie strittig; er hat das wohl auch berücksichtigt, aber nie herausgekehrt und keine entsprechenden Hoffnungen geweckt. Im übrigen geht die Spezialisierung weiter. Indessen haben Naturheiler, Wunderdoktoren, Psychologen und Soziologen, Psychiater und Therapeuten gegen den Dauerwiderstand der Ärzte sich der von der traditionellen Medizin im Erfahrungswissen vernachlässigten psychosozialen Seite der Krankheiten angenommen und ihren Funktionskreis abgegrenzt. Neue Globalsysteme des Heils und Heilens werden aufgeplustert; die Theorie der elektrischen Felder, die Astromedizin, die Herbologie; neue alte Namen werden hochgehandelt: Buddha, Tao; alte Techniken werden neu verkauft: Schröpfen, Kneippen, Aderlassen, Baden im Regenwasser [22,49]. Überdies scheinen sich auch die Selbsthilfegruppen arbeitsteilig eingerichtet zu haben, nicht nur was die Krankheiten betrifft, derer sie sich annehmen, sondern auch bezüglich der Schrittfolge „Diagnose-Therapie“. Die Selbsthilfegruppen (darum ja die Bezeichnung: „Therapeutische Selbsthilfegruppen“) löffeln gewissenhaft die Suppe aus, die ihnen die diagno-

stisch so sensibel arbeitenden medizinischen Professionen einbrocken. Sie übernehmen in der Regel devot die von diesen freigestellten Krankheitsbilder und damit auch die ganze düstere Zeitdiagnose. Es ist ein anderes Thema, daß diese Arbeitsteilung nicht nur das Prestige des Arztes unterminiert, sondern auch die Selbsthilfegruppen in Schwierigkeiten bringt. Indem sie die diagnostischen Kompetenzen der Professionen anerkennen, überladen sie sich mit einer untragbaren Verantwortung [2,12].

Bei nüchterner Betrachtung bringt nur die Auflösung der „Wir können alles – aber nichts dafür“-Mentalität eine Lösung [15]. Da diese Mentalität von allen geteilt wird, ist auch bei allen anzusetzen, der Mentalität der Ärzte, der Mentalität aller im Gesundheitswesen Tätigen, der Mentalität der Patienten und der Klienten, und schließlich der Mentalität der Politiker, die sich mit dem Gesundheitswesen befassen. Wer die Mentalität der Ärzte dahingehend kritisiert, daß sie loskommen müßte von der Annahme, ein technischer Aufwand allein garantiere schon für eine gute Medizin, trägt Wasser in den Rhein und Eulen nach Athen. Machbarkeitswahn und uferloser Krankheitsbegriff erfordern zunehmend mehr Technik. Also gilt es vor allem den uferlosen Krankheitsbegriff abzuwehren und zu bekämpfen. Nicht die Krankheiten rücken in den Mittelpunkt der Überlegungen, sondern der Umgang mit Krankheit. Es gibt zwei Arten von Krankheit: die im medizinischen System definierten und die Angst vor der Krankheit. Je mehr im medizinischen System definiert sind, desto mehr wächst die Angst. Insofern muß sich auch die Mentalität der Patienten, geringfügigste Störungen und Lebensprobleme zum Arzt zu tragen, ändern. Nicht der Ausbau eines präventiven Gesundheitssystems ist vonnöten, sondern die Fähigkeit des potentiellen oder wirklichen Patienten, gelassen in sich hineinzuhören und mit einer Sache selbst fertigzuwerden. Der gesundheitliche Monotheismus, also der Glaube, nur die medizinischen Professionen könnten über Krankheit und Heilung aufklären, versagt schon beim selbstverständlichsten Test, nämlich bei der Frage, ob die Götter zumindest im Durchschnitt gesünder seien.

Nun kann man mit einer Sache besser fertig werden, wenn man sie nicht als sinnloses und unberechenbares Schicksal ansieht, als *Fatum*, als Verhängnis. Man muß sich deshalb zweitens fragen, ob Krankheit und Kranksein Sinn haben können und man ihren Sinn erarbeiten kann. Das ist zwar leichter gesagt, wenn man gesund ist, aber zu einem gesunden Leben gehört nun einmal die Kraft, mit Krankheiten, Problemen, Beeinträchtigungen zu leben, d.h. ihnen einen Sinn abzugewinnen, sie in den Gesamtzusammenhang des eigenen Lebens einzustellen. Sie sind deshalb weder als Strafe, noch Heimsuchung Gottes anzusehen, auch wenn diese Bedeutung in bezug auf AIDS eine gewisse Evidenz zu haben scheint. Daß die professionelle Medizin, insbesondere durch die Konstruktion der Krankenversicherung, keinerlei Anreiz sieht, das Selbst zu fordern und die Politiker aller Couleur sich in einer beschämenden Art um diese Fragen herumdrücken, ist bekannt. Das professionelle System hat das Laiensystem tangiert, geschwächt, die Hilfefotentiale zerstört. Wo es von Polizisten wimmelt, leidet die Selbsthilfefähigkeit der Leute. Wo die Pflege der Großmutter bezahlt wird, wird niemand mehr seine Großmutter ohne Bezahlung pflegen. Seit die Kinder in der Schule rechnen lernen, lernen sie es nicht mehr mit den Eltern. Selbst die Selbsthilfegruppen schwächen möglicherweise das Selbst. Die Kunst, mit einer Gefahr selber fertig zu werden, wird nicht mehr vermittelt, dafür die Kunst der Ausrede; die Kunst, es nicht gewesen zu sein. Gesundheit ist eben auch Einsamkeitsfähigkeit, und was in so gehäufter Maße kulturkritisch angemerkt wird, daß nämlich immer mehr Menschen in der modernen Gesellschaft isoliert und einsam seien, ist in Wahrheit der Verlust der Fähigkeit, sich selbst zu genügen. Keiner lernt mehr, daß die Heilung und das Entstehen von Krankheiten nicht allein von der Gesellschaft oder von der Gruppe oder vom Partner abhängt und daß Krankheit auch nicht allein durch diese und mit diesen kompensiert werden kann. Individualisierung und Individualität sind Korrelate, ja Errungenschaften der Modernität – auch wenn es die ebenso selbstverständliche wie verkappte Generalhypothese sozialwissenschaftlicher Forschung ist, das Gegenteil nachzuweisen. Aber das ist ein anderes Thema. In der Hitze und Hektik der Moderne, wo das Selbst fast

verbrennt, kommt man nicht mehr dazu, über sich selbst nachzudenken. Krankheit ermöglicht – in der durch keine übergreifenden Sinngebungen zusammengehaltenen Moderne – das Basteln von Lebenssinn. Krankheit ist Wartezeit. Weil die Moderne keine institutionelle Sinnlösung mehr anbietet, steht das Individuum unter dem fatalen Zwang, sich seinen Lebenssinn selber zusammenbasteln zu müssen. Aber das erfordert Zeit, Zeit wie sie früher der Kirchengang vielleicht noch eröffnet hat, heute vielleicht nur das Gefängnis und die Krankheit. In wievielen Fällen ist Krankheit selber eine Therapie? Körperliche Krankheiten als somatische Versuche zur Heilung der Psyche und umgekehrt [5]? Und wenn es so ist, muß man dann nicht lernen, die Krankheit nicht mehr in jedem Fall als etwas Auszurottendes hinzustellen? Zerstört man damit die auto-reparative Kompetenz des Gesamtorganismus?

Das wiederum ist, drittens, nur möglich bei einer konsequenten Individualisierung des Gesundheits- und Krankheitsbegriffs. Man muß die Obsession abbauen, alle müßten gleich aussehen, gleich sein, die gleichen Körper und die gleichen Gefühle haben. Die Bonsai-Vorstellung vom Menschen hat zur Vermassung und Einebnung der Schönheitsvorstellungen geführt, ganz entgegen den neu sich durchsetzenden Forderungen, etwa die Natur, die Flora und Fauna in ihrer Vielfalt zu schützen und zu erhalten. Besonders instruktiv ist das Beispiel der Zahnmedizin. Bis alle die gleichen wohlgeordneten Reihen von Zähnen im Mund stehen haben, wie es das heutige Schönheitsideal verlangt, müßten wir noch viele Zahnärzte einstellen; seit man in der Werbung und in den Medien fast nur noch Kunstgebisse sieht und man im Unterschied zu langen Beinen diese Prothesen für jedermann herstellen kann, ist der Bedarf unendlich. Würden wir die Varietät der Ohren, die wir noch haben, auf ähnliche Weise an einem verallgemeinerten ästhetischen Ideal messen, käme – bei Unterstellung der Finanzierbarkeit – ein neuer Kostenschub auf uns zu!

„Gesundheit allein ist nichts, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“, sagt ein altes Sprichwort. Je unerreichbarer Gesundheit durch die Ausuferung des Krankheitsbegriffs wird, desto eher

und häufiger ist „alles nichts“. Das Aufspüren immer neuer Krankheiten und neuer krankmachender Faktoren und deren unkontrollierbare Verbreitung durch die Medien ist selber ein Kulturproblem. Was haben wir durch unsere Medien in den letzten Jahren nicht alles über uns ergehen lassen müssen! Wer klärt denn wirklich darüber auf, ob nun Joggen gesund, Schnarchen lebensgefährlich, Kochsalz zu vermeiden, dauernd risikovermeidendes Verhalten streßfördernd und infarktgefährdend, ein Glas Wein besser als keines ist? Daß „zuviel“ oder „zuwenig“ an Kaffee oder sozialen Beziehungen schädlich, daß Fettleibigkeit und Magersucht, der genetische Code oder ultraviolette Strahlen für dies oder jenes verantwortlich sein könnten – man braucht es nicht nur nicht zu wissen – nein, es ist besser es nicht zu wissen! Es gibt bekanntlich ein körperliches Immunsystem, das hilft, Fremdkörper und Bakterien zu neutralisieren und auszuschalten. Gibt es nicht vielleicht auch ein soziales, welches den gesellschaftlichen Körper zu schützen hat und ein kognitives, welches das Wissen und Denken ausbalanciert und im Gleichgewicht hält [13,28]? So wie das körperliche Immunsystem durch Immunsuppression zerstört oder geschwächt werden kann, läßt sich auch das soziale oder kognitive Abwehrsystem durch unsinnige und widersprüchliche Kognitionsanforderungen aus dem Gleichgewicht bringen. Eben das geschieht nun mit dem Wissen über Gesundheit und Krankheit. Man übersieht die Präventivwirkung des Nichtwissens. Der philosophisch an sich erstrebenswerte Zustand, daß man dahin zu kommen hofft, wo man weiß, daß man nichts weiß, ist indes in bezug auf das Wissen um Gesundheit und Krankheit verheerend. Es sind nicht nur die „letzten Fragen“, auf deren Nicht-Aufwerfen die Stabilität unserer Lebenspraxis beruht. Jeder Wirklichkeitsbereich ruht auf einem Kern von unbewußt Funktionierendem.

Daraus ergibt sich viertens: die für den ungebrochenen Bildungsbürger – dessen unnachgiebige Devise lautet: je mehr Wissen, desto besser werden wir mit dem Leben, mit uns und unserem Mitmenschen fertig – nicht unproblematische These, über unsinniges Wissen aufzuklären und die naive Aufklärung durch

Nach allem Gesagten müßte sich nun fünftens die praktische Forderung nach einer selektiven medizinischen Indikation und nach einer klaren Grenzziehung zwischen medizinischer und sozialer Indikation stellen [24]. Das ist leicht gesagt, aber schwer getan. Wenn man mit der Forderung nach umfassender Anamnese und ganzheitlicher Indikation und Behandlung überall offene Türen einrennt, stößt man mit der genannten umgekehrten Folgerung auf taube Ohren. Respekt und Höflichkeit als Merkmale professionell-ärztlichen Tuns, Rückzug auf eine technisch-kompetente, schnörkellose und redliche Dienstleistung, die schon von *Max Weber* dem Berufsmenschen zuge dachte sachliche Berufspflicht, erregt Anstoß in einer Gesellschaft, in der rückhaltlose Offenheit nicht nur gefördert, sondern öffentlich „open end“ vorgeführt wird. Nicht nur das Selbst fordert ja heute gebieterisch sein Recht, sondern die totale Vergesellschaftung der Gefühle, Stimmungen und Anwandlungen steht auf dem Programm – in eigentümlichem Kontrast zum Aufschrei gegenüber einer angeblichen Verdattung. Die Idee der vollkommenen Transparenz, die Hoffnung, jeder möge alle seine Karten ausspielen, ist eine der Obsessionen der Aufklärung [6]; die Fiktion einer Sozialwelt, wo jeder jedem sich vorbehaltlos hingibt und eröffnet; das Verlangen nach integraler Reziprozität und Authentizität kann die moderne Medizin, können die Ärzte nicht stillen und sollten es deshalb auch nicht versprechen. Die ganzheitliche Wende der medizinischen Professionen ist damit nicht überflüssig geworden. Sie hilft erkennen, wo die Grenzen der Professionen liegen, sie schärft den Blick für jene Risiken, Probleme, Fragen, deren Bewältigung keine Sache medizinischer Professionen ist, unter den organisatorischen Voraussetzungen des bundesdeutschen Gesundheitssystems auch nicht sein kann. Eine in diesem Sinne ehrliche Medizin könnte auch ihren Beitrag zur Substanzerhaltung moderner Gesellschaften im Sinne transparenter und klarer Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten leisten. Denn zur machtseligen Mentalität gehört eigentümlicherweise auch, daß man immer alles von andern verlangt und nichts von sich selber.

Literatur

- [1] *Anders, G.*: Die Antiquiertheit des Menschen. Über die Seele im Zeitalter der zweiten technischen Revolution. München 1956.
- [2] *Badura, P., v. Ferber, C. (Hrsg.)*: Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen. München 1981.
- [3] *Baier, H.*: Die Gesellschaft – Ein langer Schatten des toten Gottes. Friedrich Nietzsche und die Entstehung der Soziologie aus dem Geist der Décadence. In: *NietzscheStudien* 10/11 (1981/82), 6-23.
- [4] *Baier, H.*: Die „Idee des Menschen“ in der Medizin Überlegungen zu einer Medizinsoziologie zwischen Gesellschaftlichkeit und Leiblichkeit des Menschen. In: *Gross, R. (Hrsg.)*: Geistige Grundlagen der Medizin. Berlin/Heidelberg/New York/Toronto 1985, 90-112.
- [5] *Beck, D.*: Krankheit als Selbstheilung. Wie körperliche Krankheiten ein Versuch zur seelischen Heilung sein können. Frankfurt 1985.
- [6] *Beerling, R.F.*: Jean-Jaques und Jean-Paul Rosseau, Sartre und die Zwangsidee der vollkommenen Transparenz. In: *Waldenfels B. u.a. (Hrsg.)*: Phänomenologie und Marxismus. Bd. 2. Praktische Philosophie. Frankfurt 1977, 178-200.
- [7] *Buchter, A.*: Spezielle Epidemiologie wichtiger Krankheiten. In: *Viefhues, H. (Hrsg.)*: Lehrbuch Sozialmedizin. Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz 1981, 42-55.
- [8] *Cleis, A.*: Symbion – die Herzfabrik in Salt Lake City. Aufbau eines Marktes für elektronische Körperteile. Neue Züricher Zeitung. Fernausgabe Nr. 120, 29. Mai (1985).
- [9] *Deck, K.*: Lücken im Therapiearsenal. Medikament und Meinung 11 (1982).
- [10] *Freyers, G.R.*: Research into Home Medication in Collaboration with Doctors. In: *Blohmke, M., Keil, U. (Hrsg.)*: Gesundheit, Krankheit, Arbeitslosigkeit, Selbstmedikation. Stuttgart 1977, 113-127.
- [11] *Greiser, E.*: Epidemiologische Grundbegriffe und Methoden. In: *Viefhues, H. (Hrsg.)*: Lehrbuch der Sozialmedizin. Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz 1981, 9-42.
- [12] *Gross, P.*: Der Wohlfahrtstest und die Bedeutung der Selbsthilfe.
- [13] *Gross, P.*: Über die Präventivwirkung des Nichtwissens Popitz revisited. Zeitschrift für Pädagogik. 18. Beiheft, 221-227 (1983).
- [14] *Gross, P.*: Die Verheißungen der Dienstleistungsgesellschaft. Soziale Befreiung oder Sozialherrschaft. Opladen 1983.
- [15] *Gross, P.*: Wir können alles – aber nichts dafür. gdi-Impuls 1, 3-12 (1984).
- [16] *Gross, P.*: Liebe, Mühe, Arbeit. Abschied von den Professionen? Soziale Welt 35, 60-83 (1985).
- [17] *Gross, P.*: Das Überangebot an professionellen Dienstleistungen aus sozialökonomischer Sicht. In: *Herder-Dorneich, P., Schuller, A. (Hrsg.)*: Die Ärzteschwemme. Baden-Baden 1985, 101-115.
- [18] *Gross, P.*: Social Welfare, Self Help. Self rowing Autonomy and the Future of Social Policy, In: *Riikinen, O. (ed.)*: Social Policy and Post-Industrial Sociology. Helsinki 1985, 105-125.
- [19] *Gross, P., Hitzler, R., Honer, A.*: Zwei Kulturen? Diagnostische und therapeutische Kompetenz im Wandel. Österreichische Zeitschrift für Soziologie, Sonderheft: Aspekte sozialer Konstitution von Medizin, 146-162 (1985).
- [20] *Gross, P.*: Die neue Macht des Schicksals. In: *Heinze, R.G. (Hrsg.)*: Neue Subsidiarität: Leitidee für eine künftige Sozialpolitik. Westdeutscher Verlag, Opladen 1986, 64-92.
- [21] *Gross, P.*: Der neue Zeitertrag. In: *Fink, U. (Hrsg.)*: Der neue Generationenvertrag. Berlin 1988.
- [22] *Grossinger, W.*: Wege des Heilens. Vom Schamanismus der Steinzeit zur heutigen alternativen Medizin. München 1982.
- [23] *Horstmann, U.*: Das Untier. Konturen einer Philosophie der Menschenflucht. Wien/Berlin 1983 (3. Aufl.).
- [24] *Huber, J.*: Die Regenbogengesellschaft. Ökologie und Sozialpolitik. Frankfurt 1985.
- [25] *Lem, S.*: Waffensysteme des 21. Jahrhundert – oder The Upside Down Evolution. Frankfurt 1983.
- [26] *Löwith K.*: Weltgeschichte und Heilsgeschehen. Die theologischen Voraussetzungen der Geschichtsphilosophie. Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz 1953.
- [27] *Luhmann, N.*: Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht. In: *Herder-Dorneich, P., Schuller, A. (Hrsg.)*: Die Ärzteschwemme. Baden-Baden 1985, 101-115.

- [28] *Luhmann, N.*: Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt 1984.
- [29] *Lutz, R.*: Die sanfte Wende. Aufbruch ins ökologische Zeitalter. München 1984.
- [30] *McKeown, T.*: Die Bedeutung der Medizin. Frankfurt/Main 1982.
- [31] *Mertens, F.*: Ich wollte lieben und lernte hassen! Zürich 1984.
- [32] *Noll, P.*: Diktate über Sterben und Tod. Zürich 1984.
- [33] *Opaschowski, H.W.*: Arbeit, Freizeit, Lebenssinn? Opladen 1983.
- [34] *Opielka, M., Ostner, J.*: (Hrsg.) Umbau des Sozialstaats. Klartext, Essen 1987.
- [35] *Pohrt, W.*: Endstation. Über die Wiedergeburt der Nation. Berlin 1982.
- [36] *Postman, N.*: Wir amüsieren uns zu Tode. Frankfurt 1985.
- [37] *Rutschky, M.*: Wartezeit. Ein Sittenbild. Köln 1983.
- [38] *Schipperges, H.*: Moderne Medizin. Im Spiegel der Geschichte. Stuttgart 1970.
- [39] *Schmit, W.*: Die Befreiung vom Krankheitsbegriff. *Medizinrecht* 2, 52-59 (1985).
- [40] *Schoene, W.*: Alternative Medizinen und die Medizin. Zum Kontrast ihrer sozialen Funktionsweisen. *Medizin, Mensch, Gesellschaft* 5, 226-233 (1980).
- [41] *Sigrist, H.E.*: Anfänge der Medizin. Zürich 1963.
- [42] *Spaemann, R.*: Fortschritt – eine ganz vernünftige Idee. *Süddeutsche Zeitung*. Wochenendbeilage 20./21. April (1985).
- [43] *Sternberger, D.*: Heinrich Heine und die Abschaffung der Sünde. Baden-Baden 1976.
- [44] *Tenbruck, F.H.*: Die unbewältigten Sozialwissenschaften oder die Abschaffung des Menschen. Graz/Wien/Köln 1984.
- [45] *Viefhues, H.*: Welcher Bedarf an medizinischer Versorgung wird aus ärztlicher Sicht auch im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung proklamiert und wieviel Versorgung ist davon effektiv? In: Symposium Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung vom 23. – 25. Juni 1982, 135-150.

- [47] *Walpoth, B.H.*: Stand und Aussichten der Herztransplantation. *Neue Züricher Zeitung*. Nr. 243 (Fernaussage), 19. Okt. (1983).
- [48] *Wenzel, E.*: (Hrsg.): Die Ökologie des Körpers. Suhrkamp, Frankfurt 1986.
- [49] *Wuttke-Groneberg, W.*: Volks- und Naturheilkunde auf „neuen Wegen“. Anmerkungen zum Einbau nicht-schulmedizinischer Heilmethoden in die nationalsozialistische Medizin. Argument-Sonderband AS 77, 27-51 (1983).

Immer mehr und immer erkennbarer bestimmt das soziale Umfeld die Arbeit des Zahnarztes. Das reicht von der Mundhygiene des Patienten und den Ernährungsgewohnheiten bis hin zu seiner Angst vor dem Zahnarzt und seiner Compliance. Zum sozialen Umfeld gehören aber auch die Gesundheitspolitik und die Gesundheitsreformdiskussion, die Strukturen der GKV und die Gebührenordnung, die so umstrittenen Kostenfragen und die Organisation der eigenen Praxis. Die isolierte Zahnarztpraxis ist immer weniger möglich.

In »Zahnarzt im Wandel« werden die vielfältigen, bisher weitgehend vernachlässigten Zusammenhänge zwischen der Zahngesundheit und ihrem sozialen Umfeld vorgestellt. Damit wird ein für den deutschen Sprachraum neues Interessen- und Forschungsfeld eröffnet. Die längst überfällige Partnerschaft zwischen Praxis und Wissenschaft wird möglich. Forscher, Politiker und Praktiker aus vielen Ländern und vielen Disziplinen arbeiten in diesem Buch und zum ersten Male zusammen. Daraus ergeben sich wichtige Einsichten und Perspektiven sowohl für die Forschung selbst als auch für die Politik, vor allem aber für die Praxis des Zahnarztes.



ISBN 3-446-14617-2

München/Wien 1989
✓ 158-188

Zahnarzt im Wandel